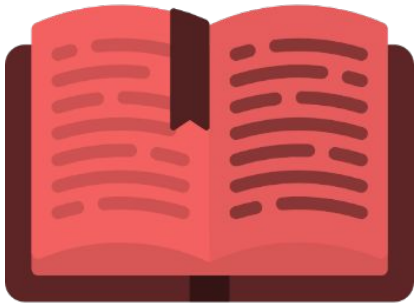
Unidade 1

Por que formar grupos na Atenção Básica?

Caro aluno, seja bem vindo a Unidade 1!

Esta unidade tem o objetivo de contextualizar como o modelo de atenção proposto pelo SUS exige que utilizemos estratégias que vão além dos cuidados individuais para o atendimento das necessidades de saúde da população.

Vem com a gente!!!



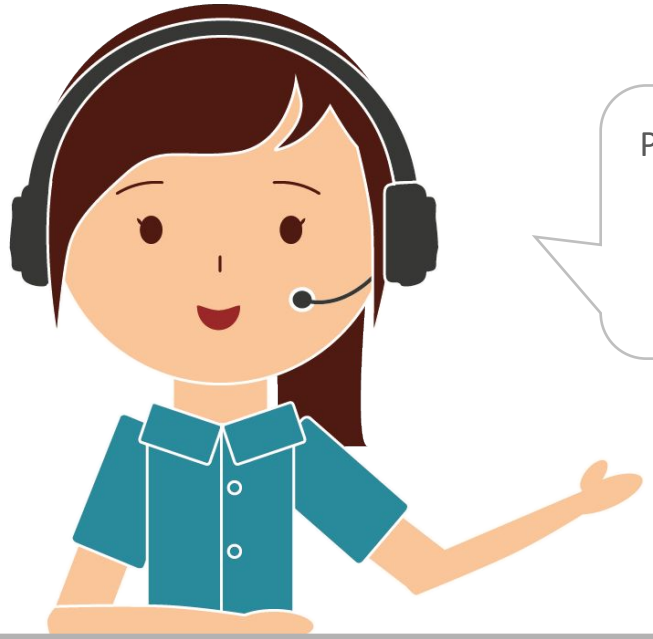
Na **unidade 1 do caderno de conteúdos** vamos discutir sobre a necessidade da realização de atividades em grupo na Atenção Básica à Saúde (ABS).

Faça a leitura da unidade 1 e entenda como chegamos ao modelo de atenção adotado pelo SUS e como as atividades em grupo podem auxiliar na abordagem integral dos processos de saúde-doença.

Clique aqui para voltar ao caderno de conteúdo.

Como você pôde conferir durante a leitura da unidade 1, as mudanças nas formas de assistência à saúde orientaram a inclusão de ações coletivas no cuidado em saúde, tanto para as ações curativas, quanto para as preventivas e de promoção de saúde.

A nova **Política Nacional de Atenção Básica** (PNAB) diz que é responsabilidade desse nível de atenção a **articulação de tecnologias de cuidados individuais e coletivas**, a fim de ser mais resolutiva e atender as demandas de saúde da população (BRASIL, 2017).



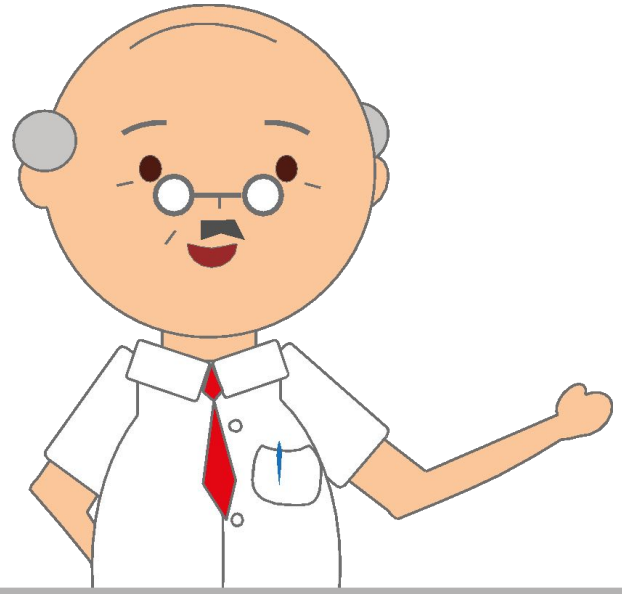
Porém, nem sempre foi assim... Vamos ver novamente como isso ocorreu?

PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)

Do período colonial até a década de 1960:

As atividades individuais, de caráter assistencial-curativas, eram realizadas pelo setor privado; enquanto as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, eram de responsabilidade do estado.

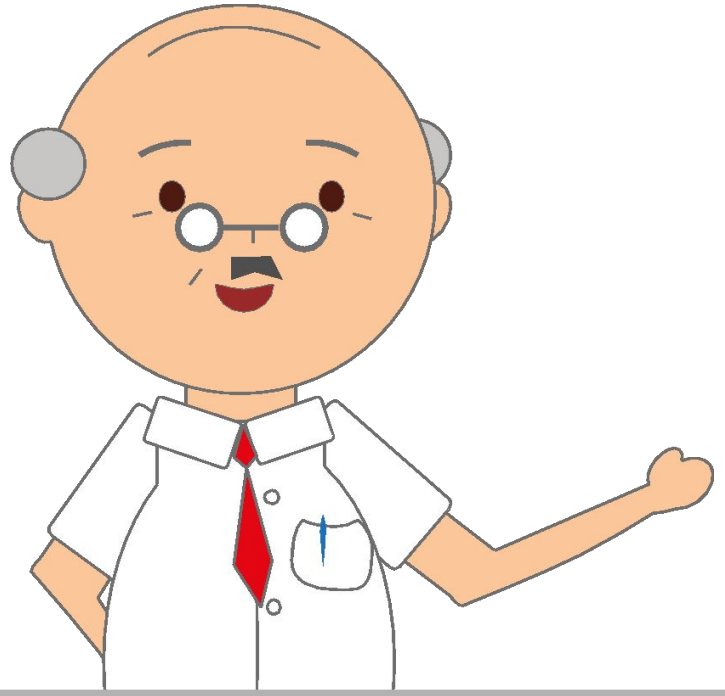


Estado:
controle das epidemias e pela ordenação da vida urbana

Setor privado:
atendimentos individuais para aqueles que podiam pagar pelos serviços

Igreja:
Administrava hospitais de caridade e Santas Casas de misericórdia que faziam o atendimento daqueles que não podiam pagar.

A partir da década de 1960, o país começou a adotar um modelo de atenção à saúde baseado na assistência médica:



Antes do SUS:

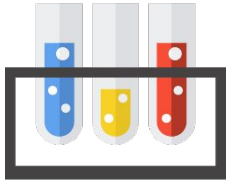
INAMPS

Baseado na assistência médica individual paras os contribuintes da previdência

Consultas médicas

Hospitalização

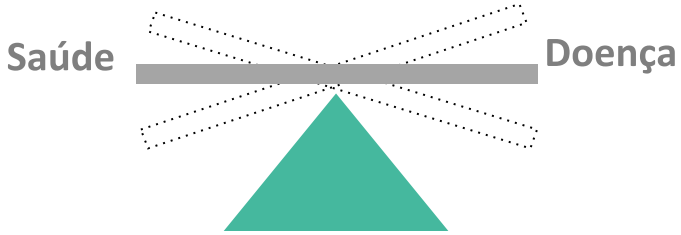
Cirurgias



Exames

Essa forma de assistência se enquadra no que chamamos de Modelo Biomédico de atenção à saúde

Reveja as principais características do **modelo biomédico:**

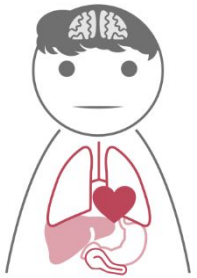


Saúde é ausência de doença

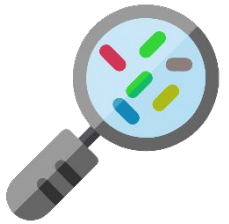
Espera que o paciente busque o serviço de saúde

Totalmente voltado para a doença

Seu objetivo é sempre a cura



A atenção voltada apenas para o corpo humano



Forma biológica de entender o processo saúde-doença

Mesmo se tornando hegemônico no país, os governos, gestores e profissionais de saúde, foram constatando que o modelo voltado somente para a cura, **não se mostrava capaz de melhorar de forma satisfatória os indicadores de saúde**, especialmente os de morbidade.

O Modelo Biomédico está baseado no conceito de que saúde é ausência de doença. Vamos relembrar como esse conceito evoluiu ao longo do tempo?

Século XIX:

"Saúde é ausência de doença"

Críticas: Modelo Biomédico, fragmentado com foco na doença

Conceito OMS (carta de princípios de 7 de abril de 1948):

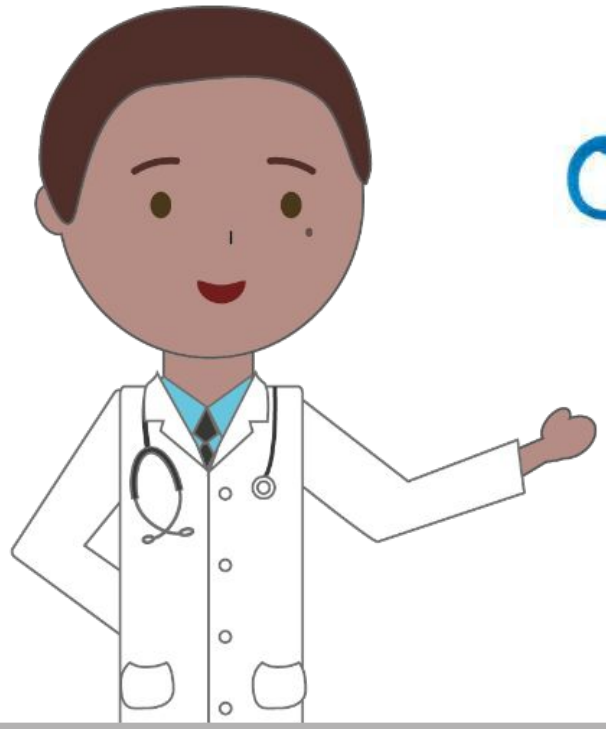
"Saúde é a situação de perfeito bem–estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade".

Críticas: A condição de "perfeito" é utópica, não define o que é considerado "bem-estar", desconsidera a dinamicidade da saúde enquanto processo que depende de diversos aspectos da vida.

Conceito ampliando de saúde elaborado na 8ª Conferência:

"A saúde é resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde, resultado das formas de organização social da produção, que podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. "

A compreensão ampliada do conceito de saúde teve origem em dois marcos históricos importantes:



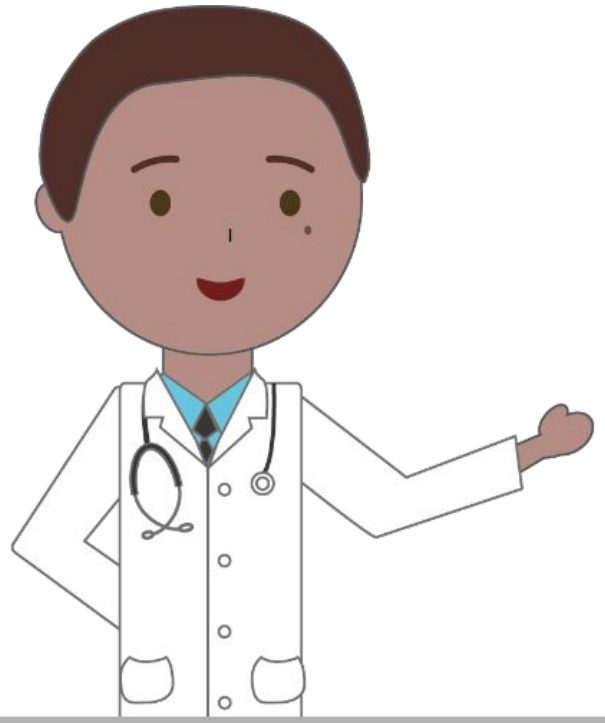
Movimento pela Reforma Sanitária

Iniciado em 1976, almejava mudanças que iam para além do setor saúde, com a introdução de uma nova concepção de saúde e melhoria das condições de vida da população.

8ª Conferência de saúde

Ocorreu em 1986, buscando a legitimação das propostas do movimento sanitário. A conferência teve como tema “Saúde: direito de todos, dever do Estado” e propiciou muitos avanços, destacando-se o **Conceito Ampliado de Saúde**.

Como você viu, o conceito de saúde da 8ª Conferência compreende que o processo saúde-doença vai muito além do entendimento biológico e inclui diversas condições:

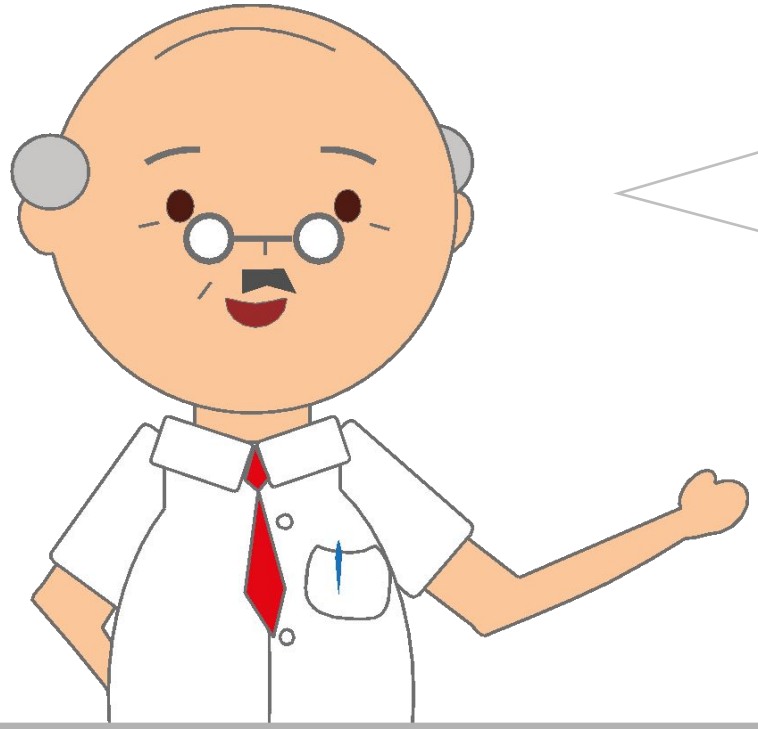


Você não acha que o conceito ampliado de saúde é bem mais complexo que os conceitos anteriores?

Por isso, para conseguir ofertar saúde à toda a população, com base no conceito ampliado de saúde, não poderíamos continuar trabalhando com foco no modelo biomédico. Um novo modelo se fez necessário, **o modelo de Atenção Integral à Saúde**! Nesta perspectiva, em 1988, o SUS foi criado.

A partir daí uma nova forma de olhar e atuar em saúde começou a ser inserida. Destaque para o Programa Saúde da Família, posteriormente assumido como Estratégia Saúde da Família (ESF).

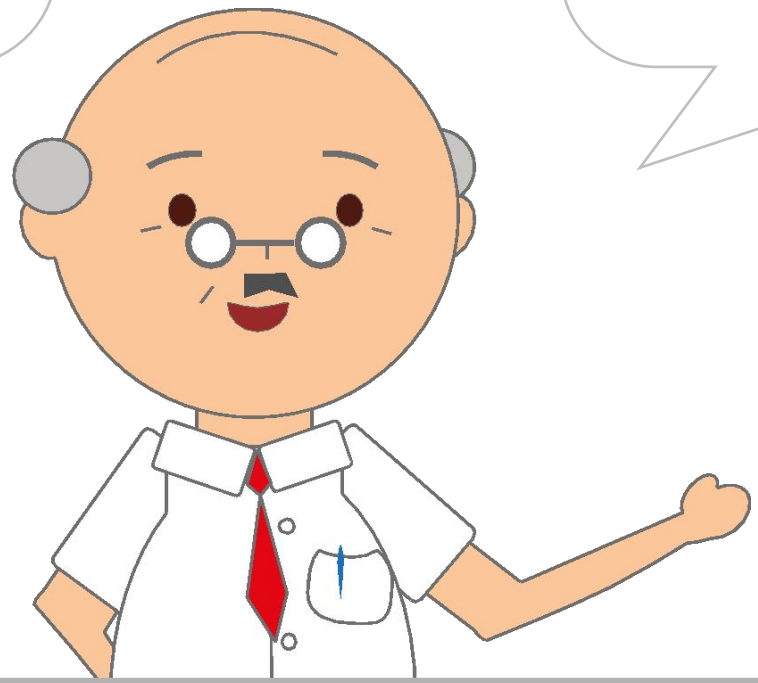
O ESF deve, entre outras questões, realizar abordagem **integral do processo saúde-doença**, com **ações de recuperação, prevenção e promoção da saúde.** O trabalho com **território** definido e **cadastramento das famílias**, **permite conhecer as pessoas** e os **principais problemas da comunidade**, possibilitando um melhor acompanhamento e **uma maior possibilidade interferência na qualidade de vida e saúde**.



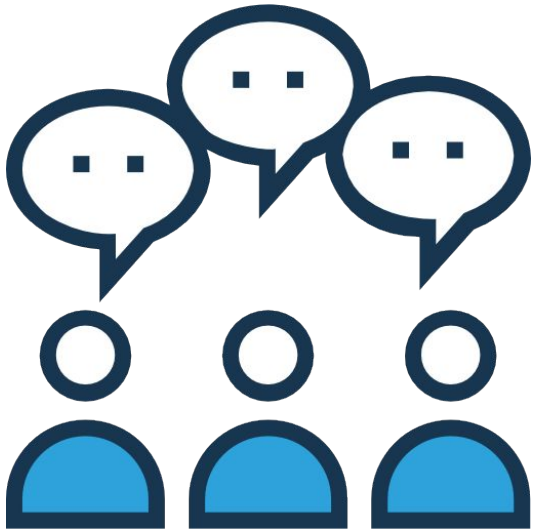
Mas nem tudo saiu como o esperado... Grande parte dos serviços de saúde, bem como nós profissionais, ainda **continuamos a trabalhar na lógica do modelo biomédico**, que ainda é hegemônico no país.

Sabemos que organizar o trabalho de forma a atender o conceito ampliado de saúde e as diretrizes da ESF é um grande desafio para os profissionais e equipes, afinal, apesar dos avanços importantes na formação em saúde, ainda aprendemos a prestar cuidado centrado no indivíduo e nos agravos.

Estamos em processo de apropriação e ressignificação dessas práticas a partir do modelo integral de atenção à saúde. Nesse processo, algumas ferramentas têm se mostrado importantes para conseguirmos superar essas limitações, e o trabalho com grupos é uma delas.

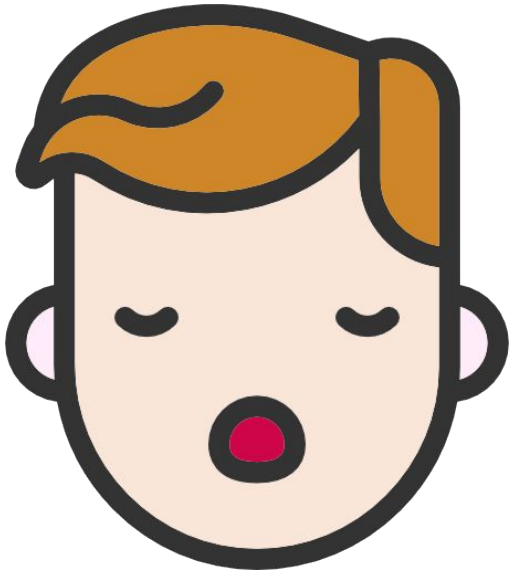


As **atividades de grupos na Atenção Básica** teriam o objetivo de atingir a **parcela populacional** que necessita de intervenções que contemplem **ações educativas, de aprendizagem de como conviver com a doença ou situação atual e mudanças de hábitos.**

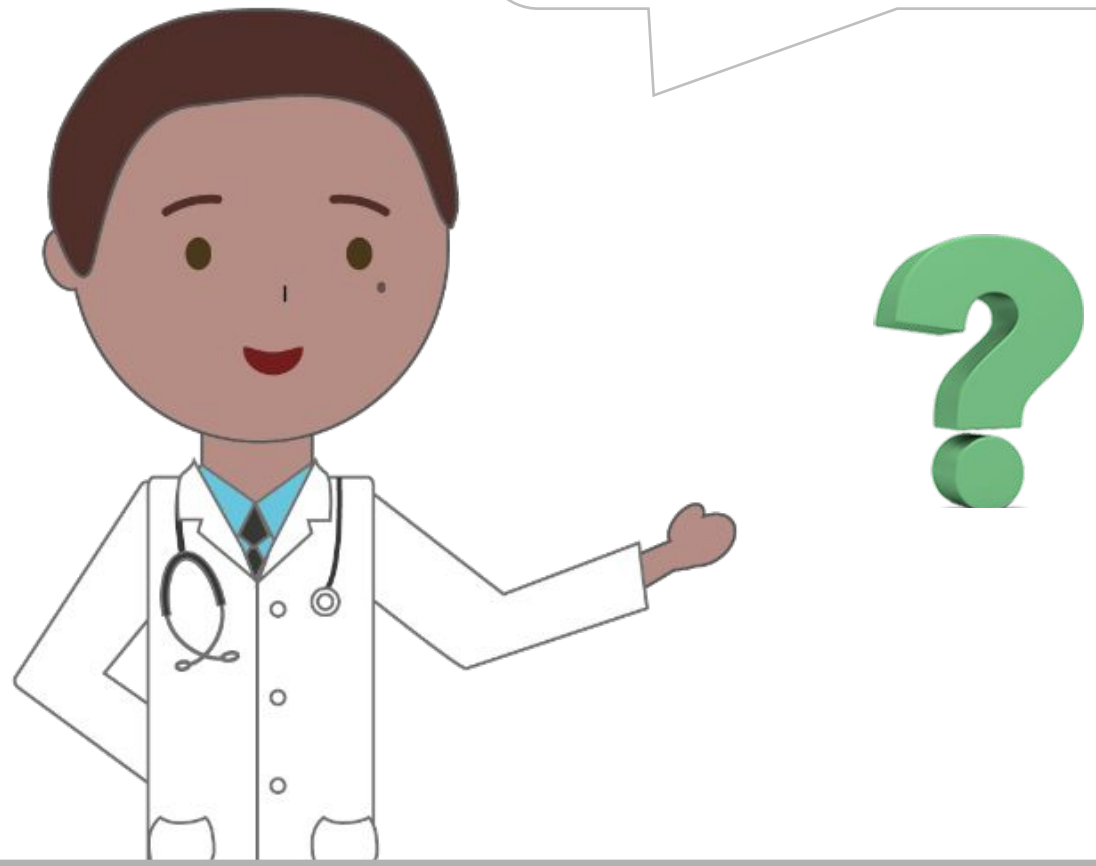


O trabalho em grupo pode ser importante instrumento para auxiliar na abordagem integral do processo saúde-doença!

Mas, será que todas as unidades de saúde têm populações com as mesmas necessidades? Todas as equipes precisam desenvolver os mesmos tipos de atividades coletivas?



Se pensarmos que cada comunidade tem suas peculiaridades e necessidades, provavelmente, não! Mas esse é o assunto da nossa próxima unidade!



Lembre-se de realizar a atividade de avaliação da unidade 1 antes de prosseguir os estudos da unidade 2.

CONCLUSÃO DA UNIDADE

Nesta unidade conversamos sobre como o modelo de atenção adotado pelo SUS exige que utilizemos estratégias, que vão além dos atendimentos individuais, para atender as demandas de saúde da população. E nesse contexto, as atividades em grupo tem grande destaque. Na unidade 2, vamos falar sobre como podemos identificar as demandas e necessidades da população que podem ser enfrentadas com atividades em grupos.

Estamos te esperando na unidade 2!

CRÉDITOS

AUTORES

Aimée Bianchessi Sauer

Luana Gabriele Nilson

Luise Lüdke Dolny

Marcos Aurélio Maeyama

REVISORES

Elis Roberta Monteiro

Luise Lüdke Dolny

Josimari Telino de Lacerda